

**IF YOUR CLAIM IS LISTED HERE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING TO DISALLOW YOUR CLAIM BECAUSE THEIR RECORDS SHOW THAT YOUR CLAIM IS DEFICIENT.**

| NAME                      | CLAIM #   | DATE FILED | DEBTOR   | ASSERTED CLAIM AMOUNT |
|---------------------------|---|------------|--|-----------------------|
| Vazquez Romero, Carmen L. | 90231   | 6/25/2018  | Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico | \$0.00                |
| Reason:                   | <b>Proof of claim purports to assert liabilities associated with the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico, but fails to provide any basis or supporting documentation for asserting a claim against the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico, such that the Debtors are unable to determine whether claimant has a valid claim against the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico or any of the other Title III debtors</b> |            |  |                       |

**SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO AQUÍ, UNO O MÁS DE LOS DEUDORES SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.**

| NOMBRE                    | N.º DE RECLAMACIÓN   | FECHA DE PRESENTACIÓN | DEUDOR   | MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALEGADA |
|---------------------------|--|-----------------------|--|---------------------------------|
| Vazquez Romero, Carmen L. | 90231  | 6/25/2018             | Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico | \$0.00                          |
| Base para:                | <b>La evidencia de reclamación tiene la intención de formular las responsabilidades asociadas con el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pero no proporciona los fundamentos ni la documentación de respaldo para formular una reclamación contra dicho sistema, de manera que los Deudores no pueden determinar si el reclamante tiene una reclamación válida contra el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquiera de los otros deudores en virtud del Título III.</b> |                       |  |                                 |

Copies of the Omnibus Objection and all other filings in the Title III Cases are available free online at <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. If you have questions, please contact Prime Clerk LLC at (844) 822-9231 (toll free for U.S. and Puerto Rico) or (646) 486-7944 (for international callers), available 10:00 a.m. to 7:00 p.m. (Atlantic Standard Time) (Spanish available).

Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).

---

\*\*\*CUST PR 1845 SRF 40241 PackID: 925 MMLID: 1854652-P SVC: 169th Omni  
Vazquez Romero, Carmen L.  
P.O. Box 10974  
Juana Diaz, PR 00795

OCAP-15  
Rev. 0778IMPORTANTE  
INSTRUCCIONES:  
LEA AL DORSOEstado Libre Asociado de Puerto Rico  
OFICINA CENTRAL DE ADMINISTRACION DE PERSONAL  
Apartado 8476, Estación Fernández Juncos, Santurce, P. R.

## INFORME DE CAMBIO

49  
2. Número de Seguro Social del Empleado

-2952

Antes del Cambio 20616

Después del Cambio

|  |                    |             |
|--|--------------------|-------------|
| Cambio a Efectuarse                              | Puesto Núm. 16878  | Puesto Núm. |
| 3. Nombre del Empleado: Carmen I. Vásquez Romero |                    |             |
| 4. Estado Civil                                  |                    |             |
| 5. Departamento o Agencia                        | Instrucción        |             |
| 6. División                                      | Func de Esc        |             |
| 7. Unidad o Sección                              | Adm y Sup Dist Esc |             |
| 8. Ubicación geográfica del puesto               | Ponce I            |             |
| 9. Categoría del Empleado                        | De Carrera         |             |
| 10. Status del Empleado                          | Prebatoria         |             |
| 11. Título de Clasificación                      | Ofic Dact I        |             |
| 12. Sueldo                                       | \$ 476.00          |             |
| 12a. Diferencial                                 |                    |             |
| 13. Descuento para Contribución sobre Ingresos   |                    |             |
| 14. Descuento para Seguro Social                 |                    |             |
| 15. Descuento para Aportación Sistema de Retiro  | 4.5                |             |
| 16. Descuento para Servicios Médicos             |                    |             |
| 17. Descuento para Ahorros (A.E.E.L.A.)          |                    |             |
| 18. Descuento para Seguro (A.E.E.L.A.)           |                    |             |
| 19. Otros Descuentos                             |                    |             |
| 20. Fecha de Efectividad                         | 21 de dic /84      |             |

| 21. SÍMBOLOS DE CONTABILIDAD | A. F. | Fondo | Agen-<br>cia | Div. | Sub-<br>Div. | Asig-<br>nación | Objeto | A. F. | Fondo | Agen-<br>cia | Div. | Sub-<br>Div. | Asig-<br>nación | Objeto |
|------------------------------|-------|-------|--------------|------|--------------|-----------------|--------|-------|-------|--------------|------|--------------|-----------------|--------|
|                              |       | 84    | 111          | 80   | 66           | 01              |        |       |       |              |      |              |                 |        |

22. Indique si se trata de:  Ascenso  Cambio de Categoría  Cambio de Status  Ascenso o Traslado Transitorio  
 Descenso  Reclasificación  Reinstalación  Reubicación  Traslado  Nuevo Nombramiento  Aumento de Sueldo

23. En caso de cambio a otra agencia indique — Licencia a acreditarse: Compensatorio \_\_\_\_ días.

Licencia Enfermedad \_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_ días, Licencia Regular \_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_ días.

|                 |   |                   |                                       |
|-----------------|---|-------------------|---------------------------------------|
|                 | Fecha de Separación<br>(Último día de Pago) | Licencia Sin Paga | Fecha de Efectividad de la Separación |
| 24. Renuncia    |   |                   |                                       |
| 25. Separación  |   |                   |                                       |
| 26. Destitución |   |                   |                                       |
| 27. Cesantía    |   |                   |                                       |

|   |   |
|---|---|
| 28. Suspensión de Empleo y Sueldo: Duración: De _____ A _____   | Participante de Retiro<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 29. Muerte: Último día<br>Fecha _____ Hora _____ de pago: _____ |   |

|  |
|--|
| 30. Clase de Licencia: <input type="checkbox"/> Para estudio <input type="checkbox"/> Especial con paga <input type="checkbox"/> Maternidad<br><input type="checkbox"/> Militar sin Sueldo <input type="checkbox"/> Sin Sueldo |
| Duración: DE _____ A _____   |

31. Comentarios y Explicaciones (si necesita más espacio use el dorso) Adj. OP 35

32. Si el cambio de puesto es por Certificación de Elegibles indique: Certificación de Elegibles Núm. \_\_\_\_\_  
 Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre del anterior incumbente: \_\_\_\_\_

33. Si el cambio es a otra agencia el jefe de la agencia donde se origine el cambio o su representante autorizado firmará aquí: \_\_\_\_\_

35. Aprobado por: Frank E. Dubek, Director, NM  
 Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado

34. Firma del empleado en casos que fuere necesario

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OCAP

Revisado o Aprobado por:

Fecha:

DE - 15  
Rev. 7/94

DEPARTAMENTO DE EDUCACION  
HATO REY, PUERTO RICO

INFORME DE NOMBRAMIENTO Y CAMBIO

| Número de Casillor                         | 27 | ANTES DEL CAMBIO                  | DESPUES DEL CAMBIO |                 |       |
|--|----|-----------------------------------|--------------------|-----------------|-------|
| 1- Nombre del Empleado                     |    | Carmen L. Vazquez Romero          |                    |                 |       |
| 2- Número Seguro Social                    |    | 1-2952                            |                    |                 |       |
| 3- Número de Puesto                        |    | C12649                            |                    |                 |       |
| 4- Cifra de Cuenta                         |    | 96-111-081-03-905-001-1110-01-000 |                    |                 |       |
| 5- Categoría y Status del Empleado         |    | Ofic. Dact.                       |                    |                 |       |
| 6- Clasificación y Escala Retributiva      |    | Ofic. Dact. II                    | Er-04              | Ofic. Dact. III | Er-06 |
| 7- Número de Clase                         |    | 0031                              | 0032               |                 |       |
| 8- Sueldo                                  |    | \$766.00                          | \$796.00           |                 |       |
| 9- Diferencial                             |    |                                   |                    |                 |       |
| 10- División                               |    | Func. de Escuelas                 |                    |                 |       |
| 11- Unidad o Secciór.                      |    | Adm. y Sup.                       |                    |                 |       |
| 12- Ubicación del puesto                   |    | Juana Diaz                        |                    |                 |       |
| 13- Acción y Duración                      |    |                                   | Reclasificación    |                 |       |
| 14- Descuentos:Contribución Sobre Ingresos |    |                                   |                    |                 |       |
| 15- Seguro Social                          |    |                                   |                    |                 |       |
| 16- Aportación Sistema de Retiro           |    | 5.775%                            | 5.775%             |                 |       |
| 17- Servicios Médicos                      |    |                                   |                    |                 |       |
| 18- Ahorros (A.E.E.L.A.)                   |    |                                   |                    |                 |       |
| 19- Seguro (A.E.E.L.A.)                    |    |                                   |                    |                 |       |
| 20- Otros Descuentos                       |    |                                   |                    |                 |       |
| 21- Último Día de Trabajo                  |    |                                   |                    |                 |       |
| 22- Último Día de Pago                     |    |                                   |                    |                 |       |
| 23- Fecha de Efectividad                   |    |                                   | 1 de julio de 1995 |                 |       |

24- Comentarios y explicaciones (si necesita más espacio use el dorso)

25- Nombre del anterior encubiente

26- Firma del empleado (si aplica)

27- Firma del Jefe de Agencia o su Representante Autorizado  
donde se origina el cambio

28- Aprobado por: Rafael Sifonte, Director  
(Jefe de Agencia e su Representante)

que

ASR-LE70-2011-07  
Rev. Enr. 12

RETIRO

PO Box 42003 San Juan PR 00940-2203

Código en SABI  
4b - 152 | 4c - 113

LEY 70 (PROGRAMA DE INCENTIVOS, RETIRO Y READIESTRAMIENTO)

SOLICITUD DE PENSIÓN

Tipo de Plan:  Retiro Temprano Incentivado (4b)  
(15 a 29 años de servicios)

Retiro Incentivado (4c)  
(30 años o más de servicios)

FOTO  
2x2

SECCIÓN I. DATOS RELACIONADOS CON EL PARTICIPANTE

Vélez Romero, Carmen L.

Apellido Paterno, Materno, Nombre e Inicial

-295-2

(787) 215-9157

Teléfono Residencial

Estado Civil:  Casado(a) Sexo:  Femenino  
 Soltero(a)  Masculino

16 noviembre 2012

Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)

Orocovis  
Lugar de Nacimiento

Dirección Postal (completa según apíque, conforme a la Reforma Postal):

H C 03 Box 10974-

Urbanización, Condominio o Barrio

Juana Diaz

PO Box, Núm. y Calle, Edificio, Apartamento, Ruta Rural o Ruta Contorno

Pueblo

P. Rico

00795  
Código Postal

Dirección Física (si es diferente a la Postal):

Bo. Jacaguas - Sector Cerrito calle 6 #383 J. Diaz

Agencia donde trabaja: Departamento de Educación

Teléfono: (787) 843-7171  
Ext. 5938

Dirección Región Educativa de Ponce - Recursos Humanos

Indique el último sueldo: \$ 1,920.00

Indique los años de servicio en el gobierno: 34

Indique si tiene préstamos:

Hipotecario:

No  SI

Número \_\_\_\_\_

Personal:

No  SI

Número \_\_\_\_\_

Viaje Cultural:

No  SI

Número \_\_\_\_\_

Indique si ha cotizado en otro sistema de retiro:

No  SI

Especifique cuál \_\_\_\_\_

SECCIÓN II. DATOS RELACIONADOS CON LA CUENTA BANCARIA (DEPÓSITO DIRECTO)

Nombre del Banco

Tipo de Cuenta

Ahorros  Cheques  Otra:

Número de Cuenta

Número de Ruta y Tránsito

CERTIFICO que toda la información contenida en esta solicitud es cierta a mi mejor saber y entender.

Carmen L. Vélez Romero  
Firma del Solicitante

Fecha (Día/Mes/Año)

No se aceptarán solicitudes de pensión sin la información requerida para acogerse al servicio de depósito directo.

SECCIÓN III. CERTIFICACIÓN DEL COORDINADOR PARA ASUNTOS DE RETIRO

CERTIFICO que recibí de \_\_\_\_\_

, la presente solicitud, hoy \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante

a la(s) \_\_\_\_\_

hora \_\_\_\_\_

AM

PM

Día

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha (Día/Mes/Año)

Conservación: igual al expediente del cual forma parte.

Nota: Ver requisitos al dorso.



# SOLICITUD DE LIQUIDACIÓN DE AHORROS Y DIVIDENDOS

Ley 10  
ORIGINAL-ASOCIACIÓN  
COPIA-ASOCIADO

## PARTE I A SER LLENADA POR EL SOCIO

|   |   |   |                                 |   |
|---|---|---|---------------------------------|---|
| 1. Nombre y Apellidos<br><i>Carmen L. Uzcáteguen Romero</i>   | Núm. Empleado   | Núm. Sea. Social<br><i>-2952</i>  |                                 |   |
| 2. Dirección Residencial<br><i>Bo. Jacaguas-Sector Cerrito Calle 6 #383 - Juana Díaz (787) 215-9157</i> | Telefono  |   |                                 |   |
| 3. Dirección Postal<br><i>HC 03 Box 10974 - Juana Diaz, P. Rico</i>                                     |   | Código Postal <i>00795</i>  |                                 |   |
| 4. Indique la agencia anterior donde trabajó  | Fechas  | Zona o Pueblo   |                                 |   |
| Agencia<br><i>Depto. Educación</i>  | Puesto - Ofic. Neg. o División<br><i>Oficinista Neg. III Recursos Humanos</i> | Comenzó Trabajar<br><i>2 Feb 1978</i>   | Terminó<br><i>28 sept. 2012</i> | Fecha de Nacimiento<br>Mes, Día, Año<br><i>16 nov. 1949</i> |
| 5. Fecha de Efectividad<br>de la Renuncia<br><i>28 Sept. 2012</i>                                       |   | 6. Tiene AE Mastercard<br>Número de cuenta:<br><i>Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></i>                    |                                 |   |
| Indique Fecha (s) de<br>Licencia (s) sin Sueldo   |   | 7. Nombre y dirección del pariente más cercano que no viva con usted<br><i>Ana Romero Colón - Bo. Jacaguas - Sector Correa - Juana Diaz</i> |                                 |   |

SOLICITO la liquidación de mis ahorros y dividendos acumulados en la Asociación hasta la fecha de mi separación del servicio público.

CERTIFICO que la información aquí ofrecida es correcta:

*Carmen L. Uzcáteguen Romero*

\*Firma del Solicitante

*28 Sept. 2012*

Fecha

OFICINA SERVICIOS AL EMPLEADO  
PENSIONES NO DOCENTE

OCT 4-2012

RECEBIDO

\* Para uso exclusivo de casos en que los socios no desean firmar.

Correo Electrónico (E-Mail)

## PARTE II PARA SER LLENADA POR EL RECLAMANTE DE UN SOCIO FALLECIDO SI ES CÓNYUGE VIUDO (A)

Si es cónyuge viudo, favor de indicar la forma en que se constituyó el matrimonio con el socio fallecido:

Bajo el régimen de Sociedad Legal de Gananciales.  Bajo Capitulaciones Matrimoniales

## PARTE III A SER LLENADA POR LA AGENCIA

Nombre del Asociado \_\_\_\_\_

Agencia \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha (s) de Licencias sin Sueldo 1. \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Desde: (sea Específico) 2. \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Fecha de Efectividad de la Renuncia \_\_\_\_\_ Razón de Cese \_\_\_\_\_

Sistema de Retiro al cual pertenece \_\_\_\_\_

SI VA A COMENZAR A TRABAJAR EN OTRA AGENCIA, FAVOR INDICAR:

a) ¿Cuál? \_\_\_\_\_ b) Fecha \_\_\_\_\_

LOS SIGUIENTES DESCUENTOS DE SU SUELDO MENSUAL FUERON REALIZADOS PARA LA ASOCIACIÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES (3) MESES DE TRABAJO.

| <u>MES</u> | <u>AHORROS</u> | <u>SEGURO</u> | <u>PRÉSTAMO</u> |
|------------|----------------|---------------|-----------------|
|            |                |               |                 |
|            |                |               |                 |
|            |                |               |                 |

CANTIDAD ACREDITADA A LA DEUDA DE SUMA GLOBAL DE VACACIONES\* \$ \_\_\_\_\_

\*NETO ENVIADO ALA ASOCIACIÓN PARA ACREDITAR ALA (S) DEUDA (S).

(Firme en forma legible)

Certifico que he verificado toda la información ofrecida anteriormente y que es completamente correcta:

Preparado por \_\_\_\_\_ Teléfono Funcionario Autorizado (Indicar Ext.) \_\_\_\_\_ Dir. de Recursos Humanos o su Representante Autorizado (Use letra de molde)

Nómina Núm. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de Certificación \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

| 1. SÍMBOLOS DE CONTABILIDAD |       |         |      |           |       |        |
|-----------------------------|-------|---------|------|-----------|-------|--------|
| A. F.                       | Fondo | Agencia | Div. | Sub. Div. | Asig. | Objeto |
| 78                          | 210   | 01      | 99   | 01        |       |        |

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
OFICINA DE PERSONAL  
SAN JUAN, PUERTO RICO  
NOTIFICACION DE NOMBRAMIENTO  
Y JURAMENTO

2. Cert. Núm.

3. Autorización Núm.  
~~NOTIFICACIONES 8-77~~

4. Fecha:  
3/3/78

INSTRUCCIONES: Use este formulario para informar todo nombramiento en el Servicio por Oposición y en el Servicio sin Oposición. Use un formulario para cada nombramiento. La Agencia utilizará este formulario para notificar la fecha en que el empleado comenzará a prestar servicios. Por consiguiente, no debe ser sometido antes de la persona empezar a trabajar. El apartado 16 "Juramento" deberá ser firmado por el empleado en el espacio provisto. Si la persona nombrada no tiene el Historial Personal (Formulario OP-1) radicado en la Oficina de Personal, dicho formulario deberá ser sometido conjuntamente con esta Notificación de Nombramiento. Además, este formulario deberá venir acompañado del Examen Médico (Formulario OP-12) y del acta de nacimiento de la persona nombrada. Prepare cuatro copias de este formulario y someta tres a la Oficina de Personal con los documentos estipulados. Para nombramiento de emergencia no se requiere Historial Personal, Examen Médico ni acta de nacimiento. La cuarta copia es para sus archivos.

|   |   |   |
|---|---|---|
| 5. Nombre del empleado:<br>(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)   | Carmen Iglesia  | 6. Dirección:<br>Superintendente de Recalaciones<br>Juana Diaz, Puerto Rico |
| Si se trata de una mujer casada siga este orden:<br>(1) Apellido paterno seguido de la preposición de<br>(2) Apellido del esposo y (3) Nombre |   |   |
| 7. Agencia, Negociado o División, Sección o Unidad: Instrucción Punc. Sec. Recas Afectadas Juana Diaz   |   |   |
| 8. Clase de Clasificación:<br><del>Probatorio</del> <input checked="" type="checkbox"/> Transitorio <del>Caixa</del>                          | 9. Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input checked="" type="checkbox"/> Mujer |   |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 10. Clase de nombramiento:<br><input type="checkbox"/> Probatorio <input checked="" type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Provisional <input type="checkbox"/> De Emergencia<br><input type="checkbox"/> En el Servicio sin Oposición | 11. Fecha de efectividad de Nombramiento:<br>2 de febrero de 1978 | 12. Fecha en que expira el nombramiento<br>si es transitorio o de emergencia<br>del 30 de septiembre de 1978 | 13. Sueldo Mensual: \$ 300.00<br>Obvenciones:<br>No cotiza |
|--|---|--|--|

|  |                                     |            |  |
|--|-------------------------------------|------------|--|
| 14. Anterior Incumbente: <del>Reyes Gremón</del>   | Título de clasificación del puesto: |            |  |
| 15. Firma de la autoridad nominadora o su representante autorizado:<br><del>NOTIFICACIONES</del><br>Firma: | 16. Título:                         | 17. Fecha: |  |

|   |
|---|
| 16. JURAMENTO DE FIDELIDAD Y DE TOMA DE POSESIÓN DEL CARGO O EMPLEO<br><del>Adjunto Juramento</del> |
|---|

Yo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (Nombre del Funcionario o Empleado) (Edad) (Nombre del cargo o empleo)  
juro solememente que mantendré y defenderé la Constitución de los Estados Unidos y la Constitución y las Leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico contra todo enemigo interior o exterior; que prestaré fidelidad y adhesión a las mismas; y que asumo esta obligación libremente y sin reserva mental ni propósito de evadirla; y que desempeñaré bien y fielmente los deberes del cargo o empleo que estoy próximo a ejercer. Así me ayude Dios.

(Funcionario o Empleado)

Jurado y firmado ante mí \_\_\_\_\_ en y para \_\_\_\_\_ hoy día \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

AFFIDAVIT NUM. \_\_\_\_\_ (Funcionario que toma el juramento)

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

OFICINA DE PERSONAL

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| 17. Nombramiento aprobado por:<br>Fecha:                     | 18. Tarjeta:<br>Perforada:<br>Verificada:<br>Por:<br>Por: |   |  |
| 19. Núm. asignado<br>al empleado:<br><del>0981-800B-29</del> | Núm. Historial Personal                                   | CONTADURIA  |  |
| 20. Intervención:  |   | 21. Tarjeta Perforada:<br>Por:<br>Verificada:<br>Por: |  |



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
**DEPARTAMENTO DE EDUCACION**  
**Región Educativa de Ponce**

3 de octubre de 2012

Carmen L. Vázquez Romero  
Oficinista Mec. III  
Región Educativa de Ponce

*Miguel A. Borges Rodríguez*  
Miguel A. Borges Rodríguez  
Director Regional  
Región Educativa de Ponce

**ACEPTACION DE RENUNCIA**

Con fecha del 12 de octubre de 2012 se le acepta la renuncia al puesto de Oficinista Mec. III que ocupa en la Región Educativa de Ponce.

Le damos las gracias a nombre del Departamento de Educación por los años de servicios prestados y le deseamos mucho éxito y salud.

MB/



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
**DEPARTAMENTO DE EDUCACION**  
**Región Educativa de Ponce**

3 de octubre de 2012

Miguel A. Borges Rodríguez  
Director Regional  
Región Educativa de Ponce

*Carmen L. Vázquez Romero*  
Carmen L. Vázquez Romero  
Oficinista Dact. III  
Región Educativa de Ponce

**RENUNCIA**

Efectivo el 12 de octubre de 2012 renunció al puesto que ocupo en la Región Educativa de Ponce como Oficinista Dact. III. Motiva la misma a que me acogeré a los beneficios de la Jubilación.

Agradezco la oportunidad que me brindaron en ofrecer mis servicios al Departamento de Educación y pertenecer a una gran familia por tantos años.